

## BAB II

### LANDASAN TEORI

#### A. Tinjauan Pustaka

##### 1. Konsep Stroke

###### a. Definisi Stroke

Stroke adalah gangguan fungsi otak yang terjadi dengan cepat (tiba-tiba) dan berlangsung lebih dari 24 jam karena gangguan suplai darah ke otak (Wiwit, 2010). Stroke adalah perubahan neurologis yang disebabkan gangguan suplai darah ke bagian dari otak (Elsevier, 2014). Definisi stroke menurut *World Health Organization (WHO)* adalah tanda-tanda klinis berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal atau global, dengan gejala-gejala yang berangsur selama 24 jam atau lebih, dapat menyebabkan kematian, tanpa adanya penyebab lain selain vaskuler (Rianawati & Munir, 2017).

###### b. Jenis Stroke

Menurut Wiwit (2010) jenis stroke meliputi :

###### 1) Stroke Iskemik

Menurut salah seorang ahli syaraf di FKUI, Profesor S. M. Lumbantobing, stroke iskemik disebabkan kematian jaringan sel-sel otak karena pasokan darah yang tidak mencukupi. Pada dasarnya, stroke iskemik disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya sebagai berikut :

- a) Ateroma (endapan lemak), yaitu penyumbatan yang bisa terjadi di sepanjang arteri menuju otak.
- b) Peradangan atau infeksi yang dapat menyebabkan menyempitnya pembuluh darah yang menuju ke otak.
- c) Obat-obatan, seperti kokain dan amfetamin, juga bisa mempersempit pembuluh darah ke otak.
- d) Penurunan tekanan darah yang tiba-tiba sehingga menghambat aliran darah ke otak.
- e) Emboli yaitu endapan lemak yang terlepas dari dinding arteri dan terbawa aliran darah lalu menyumbat arteri yang lebih kecil.

Ada dua jenis stroke iskemik yang paling banyak terjadi, yaitu sebagai berikut :

- a) *Thrombotic stroke*, yaitu gumpalan darah (*thrombus*) terbentuk dalam salah satu arteri yang menyuplai darah ke otak.

b) *Embolic stroke*, terjadi ketika gumpalan darah atau partikel lain yang terbentuk diluar otak, biasanya didalam jantung terbawa aliran darah, dan mempersempit pembuluh darah.

## 2) Stroke Hemorragik

Jenis stroke hemorragik terjadi jika pembuluh darah pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah di otak dan merusaknya. Hampir 70% kasus stroke hemorragik terjadi pada penderita hipertensi (Wiwit, 2010). Akibat lain dari perdarahan intraserebral adalah aneurisma. Diperkirakan 6% dari seluruh stroke disebabkan oleh ruptur aneurisma (Black et al, 2014).

## 3) Stroke Ringan (*Transiet Ischemic Attack /TIA*)

Sebenarnya TIA termasuk dalam jenis stroke iskemik. Gejala-gejala TIA cepat datang, hanya selama beberapa menit sampai beberapa hari (Wiwit, 2010)

## 4) Stroke Susulan

Stroke susulan adalah stroke yang dialami oleh seseorang yang sebelumnya pernah mengalami stroke. Jenis stroke pertama dan selanjutnya terjadi dapat sama atau berbeda tergantung faktor risiko yang berpotensi menyebabkan kerusakan otak (Lingga, 2013).

### c. Faktor Risiko Stroke

Faktor risiko stroke menurut Rianawati & Munir (2017) secara umum dibagi menjadi 2 macam :

- 1) Faktor risiko yang tidak bisa dimodifikasi : usia, jenis kelamin, keturunan, genetik, ras / warna kulit.
- 2) faktor risiko yang bisa dimodifikasi : hipertensi, DM, merokok, dislipidemia, alkohol, kurang olah raga dan lain-lain

### d. Patofisiologi Stroke

Otak sangat sensitif terhadap kondisi penurunan atau hilangnya suplai darah. Otak diperfusi dengan cukup banyak dibanding organ lain yang kurang vital untuk mempertahankan metabolisme serebral. Penurunan perfusi serebral biasanya disebabkan oleh sumbatan di arteri serebral atau perdarahan intraserebral. Sumbatan yang terjadi mengakibatkan iskemik pada jaringan otak yang mendapat suplai dari arteri yang terganggu dan karena pembengkakan jaringan sekitarnya. Sel-sel di bagian tengah atau utama pada lokasi stroke akan mati dengan segera setelah kejadian stroke terjadi. Hal ini dikenal dengan istilah cedera sel-sel primer (Black et al, 2014).

Daerah yang mengalami hipoperfusi juga terjadi di sekitar bagian utama yang mati. Bagian ini disebut *penumbra*. Ukuran dari bagian ini bergantung pada jumlah sirkulasi kolateral yang ada. Sirkulasi kolateral merupakan gambaran pembuluh darah yang memperbesar sirkulasi pembuluh darah utama dari otak. Perbedaan dalam ukuran dan jumlah pembuluh darah kolateral dapat menjelaskan berbagai macam tingkat keparahan manifestasi stroke yang dialami oleh klien di daerah anatomis yang sama (Lingga, 2013).

Beberapa proses reaksi biokimia akan terjadi dalam hitungan menit pada kondisi iskemik serebral. Reaksi-reaksi tersebut seperti neurotoksin, oksigen radikal bebas (*oxigen free radicals*), nitro oksida (*nitric oxide*), dan glutamat (*glutamate*) akan dilepaskan. Asidosis lokal juga akan terbentuk. Depolarisasi membran juga akan terjadi mengakibatkan edema sitotoksik dan kematian sel. Hal ini di kenal dengan perlukaan sel-sel s saraf sekunder (*secondary neuronal injury*). Bagian neuron penumbra paling dicurigai terjadi sebagai akibat dari iskemik serebral. Bagian yang membengkak setelah iskemik bisa mengarah kepada penurunan fungsi saraf sementara. Edema bisa berkurang dalam beberapa jam atau hari dan klien bisa mendapatkan kembali beberapa fungsi-fungsinya ( Blacket *al*, 2014).

Mekanisme *Intra Cerebral Hemorrhagi* yang sering terjadi adalah mekanisme hemodinamik yang berupa peningkatan tekanan darah. Hipertensi yang kronis menyebabkan pembuluh darah arteri mengalami perubahan yang patologik. Perdarahan yang luas menyebabkan destruksi jaringan otak, peningkatan tekanan intrakranial, penurunan perfusi ke otak dan yang lebih berat menyebabkan herniasi otak (Rianawati & Munir, 2017)

#### **e. Gejala Stroke**

Gejala-gejala stroke yang umum terjadi di masyarakat menurut Wiwit (2010) antara lain sebagai berikut :

- 1) Mati rasa mendadak pada wajah, atau rasa lemah mendadak pada lengan, tungkai kaki, terutama pada satu sisi Mekatubuh.
- 2) Mendadak sulit berjalan, kehilangan keseimbangan tubuh, atau koordinasi anggota tubuh.
- 3) Merasa lemah dan tidak bertenaga.
- 4) Tiba-tiba pusing atau kehilangan keseimbangan.
- 5) Tiba-tiba menderita sakit kepala yang parah (yang kadang disebut penderita sebagai sakit kepala terparah selama hidup).
- 6) Bingung atau kesulitan berbicara.

- 7) Mulut mencong ke kiri atau ke kanan.
- 8) Bicara *pele* / tidak jelas.
- 9) Sulit menelan atau saat makan/minum mudah tersedak.
- 10) Terasa tidak ada koordinasi antara yang dibicarakan dan yang ada di pikiran.
- 11) Tidak bisa atau sulit membaca dan menulis, ada beberapa hal hilang dari ingatan.
- 12) Penglihatan terganggu (sebagian lapangan pandang terganggu atau penglihatan rangkap).
- 13) Kemunduran pendengaran
- 14) Mendadak lumpuh setengah badan (kiri atau kanan)
- 15) Terjadinya nyeri kepala sangat hebat dengan karakter tidak lazim.
- 16) Kejang yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya

#### f. Manifestasi klinis stroke

Manifestasi-manifestasi dari stroke karena trombosis berkembang dalam hitungan menit ke hitungan jam sampai hari. Serangan yang lambat terjadi karena ukuran trombus terus meningkat. Pertama-tama terjadi sumbatan sebagian di pembuluh darah yang terkena kemudian menjadi total. Kebalikan dari stroke trombotik yang terjadi tiba-tiba dan tanpa peringatan awal. Stroke hemoragik terjadi sangat cepat dengan manifestasi berkembang hanya dalam beberapa menit sampai beberapa jam (Black *et al*, 2014)

Tabel 2.1 Manifestasi klinis stroke dihubungkan dengan area otak yang terkena

Lokasi	Arteri Serebral Tengah	Arteri Serebral Anterior	Arteri Serebral Posterior
<b>Perubahan motorik</b>	Hemiplegia, kerusakan pada muka, dan lengan	Kerusakan pada kaki dan tungkai, kaki jatuh, gangguan berjalan	Tremor
<b>Perubahan sensoris</b>	Gangguan hemisensoris kontralateral	Gangguan hemisensoris kontralateral	Hilangnya difusi sensoris (talamus)
<b>Perubahan visual atau okular</b>	Ketidakmampuan menggerakkan mata ke arah bagian yang terkena	Deviasi mata ke arah bagian yang terkena	Hilangnya kemampuan menafsirkan gerakan, nistagmus, kebutaan kortikal
<b>Perubahan bicara</b>	Disleksia, disgrafia, afasia	Afasia ekspresif	Gagap, disleksia
<b>Perubahan mental</b>	Penurunan daya ingat	Kebingungan, amnesia, efek datar, apatis.	Penurunan daya ingat
<b>Perubahan lainnya</b>	Mungkin terjadi muntah	Inkontinensia, paralisis wajah	Halusinasi visual

Sumber :Blacket *al*(2014)

### **g. Komplikasi Stroke**

Komplikasi stroke menurut Rianawati& Munir (2017) adalah sebagai berikut :

#### 1) Otot mengerut dan kaku sendi

Kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh menyebabkan pasien malas menggerakkan tubuhnya yang sehat sehingga persendian menjadi kaku. Malas bergerak bukan saja menyulitkan proses pemulihan anggota gerak namun menyebabkan sisi tubuh yang normal ikut cacat. Untuk mencegah hal tersebut, pasien perlu melakukan latihan fisik yang rutin

Meskipun tanpa seorang terapis, pasien dan keluarga dapat melakukan fisik sendiri di rumah. Lakukan gerakan ringan untuk melatih anggota tubuh yang lumpuh agar dapat bergerak. Latihan dilakukan menyesuaikan kemampuan pasien, dapat dilakukan sambil berbaring, duduk, ataupun berdiri. Jika perlu gunakan alat bantu berlatih.

#### 2) Darah beku

Akibat sumbatan darah pada sisi tubuh yang mengalami kelumpuhan, maka bagian tersebut akan membengkak. Pembekuan darah bila terjadi pada arteri yang mengalir ke paru-paru menyebabkan pasien sulit bernapas. Tanpa pertolongan yang memadai untuk mengencerkan darah (misalnya mengkonsumsi obat) maka kondisi tersebut berujung kematian. Jenis obat yang berguna untuk mengatasi ini adalah antiplatelet atau antikoagulan.

#### 3) Memar

Ketidakmampuan menggerakkan tubuh menyebabkan pasien stroke berbaring pada posisi yang tetap sepanjang hari. Bagian tubuh yang tidak bergeser akan mengalami tekanan sehingga menyebabkan memar atau lecet sehingga peka terhadap infeksi. Untuk mencegah hal tersebut, posisi tidur pasien harus sering digeser secara berkala agar pinggang, pinggul, paha, dan lengannya sering berpindah posisi.

#### 4) Nyeri di bagian pundak

Kelumpuhan menyebabkan pasien mengalami nyeri di bagian pundaknya. Tangannya yang lemas tidak mampu mengontrol otot dan sendi di sekitar pundak sehingga nyeri bila digeakkan. Untuk mengatasi nyeri pundak, ada baiknya jika tangan pasien yang mengalami kelumpuhan digendong agar bertahan pada posisi yang benar.

#### 5) Radang paru-paru (pneumonia)

Kesulitan menelan menyebabkan penumpukan cairan didalam paru-paru. Batuk-batuk kecil setelah minum dan makan menandakan adanya tumpukan cairan atau lendir yang menyumbat saluran napas. Jika cairan terkumpul di paru-paru menyebabkan pneumonia. Untuk mengatasi hal ini, perlu diperhatikan pemilihan menu yang tepat serta cara makan atau menyuapi pasien yang mengalami disphagia.

#### 6) Fatigue

Kelelahan kronis (fatigue) dialami sekitar 30-70% pasien pasca stroke. Faktor penyebabnya antara lain penyakit jantung, penurunan nafsu makan, gangguan berkemih, pneumonia, dan depresi. Ada beberapa solusi untuk mengatasi fatigue, yaitu dengan pengatiran diet tepat agar nafsu makan terjaga, pemilihan makanan padat gizi, suplementasi zat gizi tertentu yang berguna untuk memelihara stamina tubuh, mengatur jadwal tidur dengan baik, relaksasi dan olahraga jika pasien sanggup untuk melakukannya. Konsumsi obat-obatan penambah tenaga (tonikum) bukan solusi yang tepat untuk mendongkrak gairah hidup pasien yang lemas.

### **h. Penatalaksanaan Medis**

Penatalaksanaan medis menurut Smeltzer & Bare (2010) meliputi :

- 1) Diuretik untuk menurunkan edema serebral yang mencapai tingkat maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark.
- 2) Antikoagulan untuk mencegah terjadinya thrombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskuler.
- 3) Antitrombotik karena thrombosit memainkan peran sangat penting pembentukan thrombus dan embolisasi.

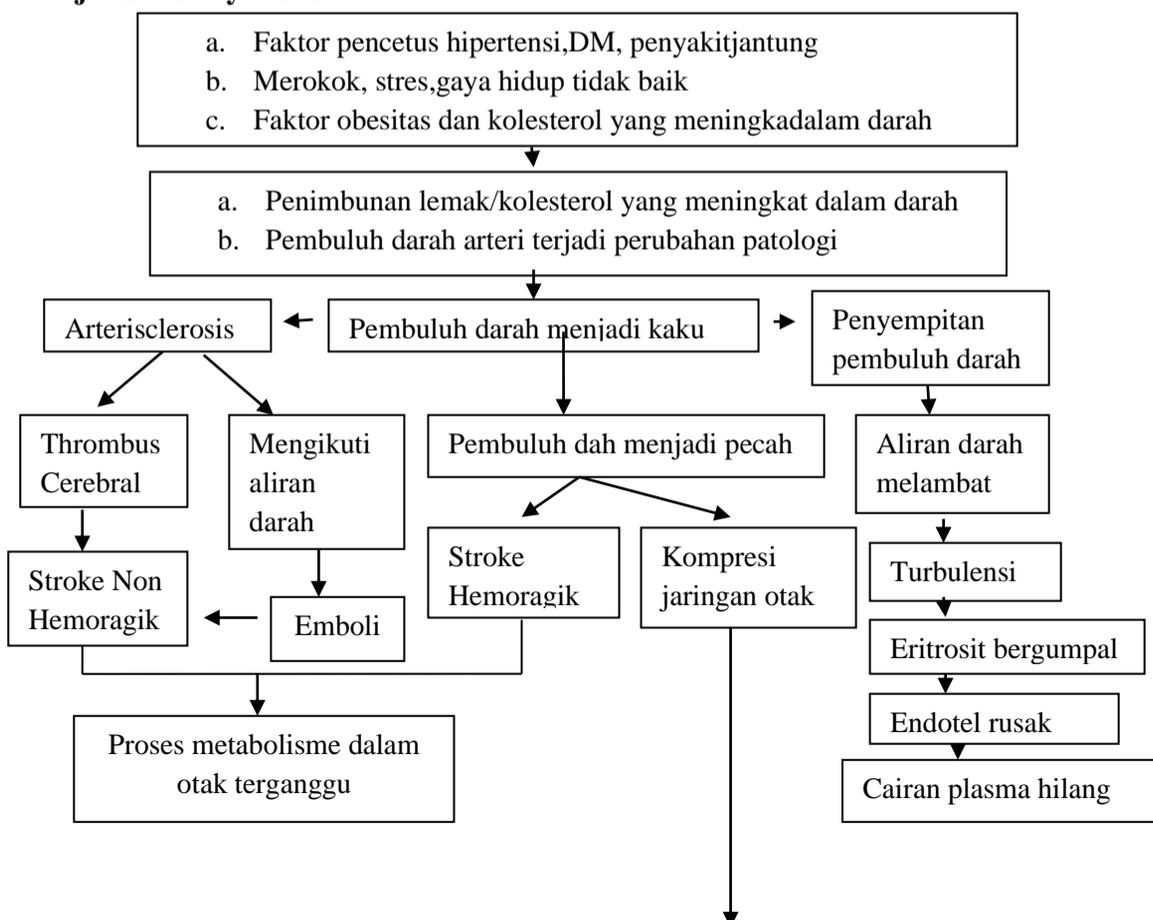
### **i. Penatalaksanaan Keperawatan**

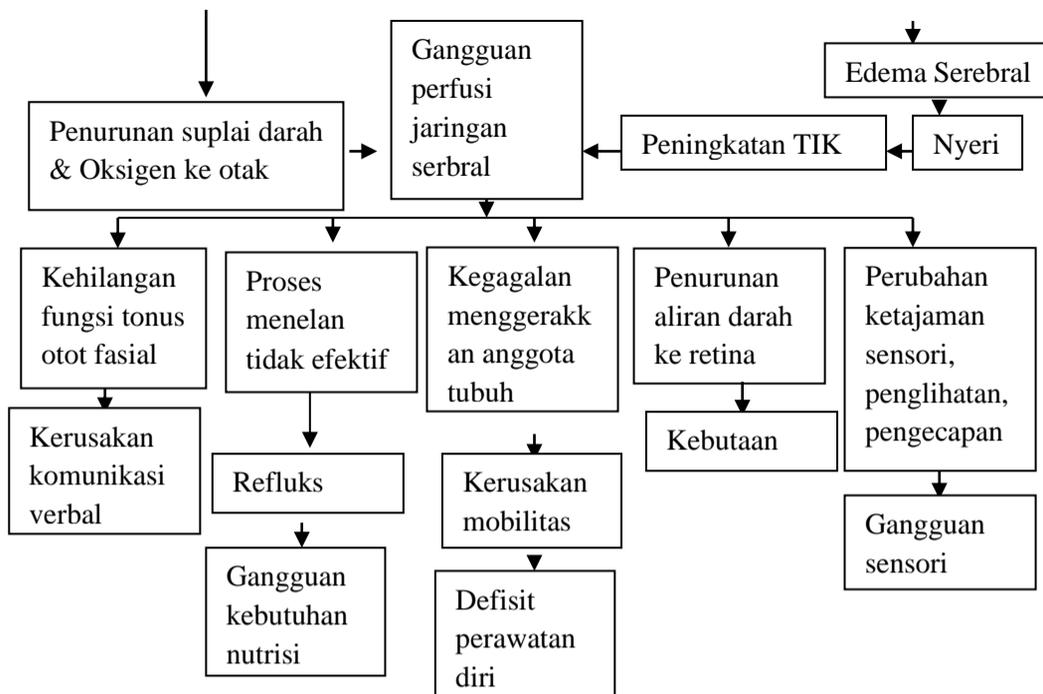
Menurut Nurarif & Hardhi (2015) penatalaksanaan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien stroke adalah :

- 1) Letakkan kepala pasien pada posisi 30 derajat ( kepala dan dada pada satu bidang ).
- 2) Ubah posisi tidur setiap 2 jam.
- 3) Mobilisasi dimulai bertahap bila hemodinamik sudah stabil.
- 4) Restorasi atau rehabilitasi (sesuai kebutuhan pasien) yaitu fisioterapi, terapi wicara, terapi kognitif, dan terapi okupasi.
- 5) Edukasi keluarga
- 6) *Discharge Planning*

- a) Mencegah terjadinya luka dikulit akibat tekanan
- b) Mencegah terjadinya kekakuan otot dan sendi
- c) Memulai latihan dengan mengaktifkan batang tubuh atau torso.
- d) Mengontrol faktor resiko, mengetahui gejala, tanda stroke
- e) Diet rendah lemak, garam, dan berhenti merokok.
- f) Kelola stres dengan baik

**j. Pathway Stroke**





Gambar 2.1 Pathway Stroke.

Sumber :Black et al (2014); Rianawati & Munir (2017)

#### k. Perawatan pasien pasca stroke

Proses pemulihan pasien stroke membutuhkan pemahaman keluarga tentang apa yang dapat dilakukan keluarga dan pengasuh mengenai masalah yang timbul akibat stroke dan cara keluarga menanganinya (Mulyatsih & Ahmad, 2015). Berikut berbagai cara perawatan pasien pasca stroke

##### 1) Kelumpuhan / kelemahan

Apabila sewaktu pulang pasien belum mampu bergerak sendiri, aturlah posisi pasien senyaman mungkin, tidur terlentang atau miring ke salah satu sisi, dengan memberi perhatian khusus pada bagian lengan atau kaki yang lemah. Posisi tangan dan kaki yang lemah baiknya diganjal dengan bantal, baik saat berbaring atau duduk untuk memperlancar arus balik darah ke jantung dan mencegah terjadinya bengkak *edema* pada tangan dan kaki (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

Posisi tidur yang benar ada 3 macam yaitu tidur pada posisi telentang, tidur pada posisi tubuh yang mengalami kelumpuhan dan tidur pada posisi tubuh yang tidak mengalami kelumpuhan, sebaiknya ubah posisi tidur setiap 2-3 jam sekali (Hartati, 2012). Latihan pergerakan otot kaki dan tangan sebaiknya dilakukan terus-menerus, sehari sekali dengan pengulangan minimal 10 kali (Sofwan, 2010).

##### 2) Gangguan sensibilitas (pasien mengalami rasa kebas atau baal)

Keluarga dapat motivasi kepada pasien agar menggunakan tangan yang lemah sesering mungkin serta menyentuh dan menggosok dengan lembut tangan yang mengalami kelemahan, hendaknya menjauhkan barang dan atau keadaan yang membahayakan keselamatan pasien (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

### 3) Gangguan Keseimbangan

#### a) Melatih keseimbangan duduk

Penolong duduk disebelah sisi yang lemah, bila diperlukan penolong lainnya disisi yang sehat. Letakkan tangan anda yang dekat dengan pasien dipunggung pasien, demikian pula tangan penolong satunya. Tarik bersama-sama pasien kearah duduk tegak. Bila pasien telah mampu menjaga keseimbangan waktu duduk, letakkan bantal dibelakang kepala, leher, dan bahu yang lemah, letakkan juga satu bantal dibawah lengan yang lemah (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

Cara membantu pasien dari posisi duduk ke arah berdiri dengan cara penolong berdiri di samping tubuh pasien yang lumpuh, letakkan kursi tanpa sandaran atau meja setinggi tempat duduk pasien di depannya. Kedua tangan pasien diatur dalam posisi saling menggenggam, yaitu posisi jempol tangan yang sehat berada di sela jari jempol dan telunjuk tangan yang lumpuh. Letakkan kedua tangan pasien dalam posisi lurus ke depan di atas kursi atau meja sambil menganjurkan pasien untuk membungkukkan tubuh dan mengangkat pantat. Penolong membantu pasien dengan posisi satu tangan menahan pinggang yang sehat dan tangan penolong yang lain menahan tubuh yang lumpuh (Tim Keperawatan PK. St. Carolus, 2014).

#### b) Melatih keseimbangan berdiri

Keluarga dapat menyediakan cermin besar supaya pasien dapat melihat apakah berdirinya sudah tegak atau belum. Keluarga dapat berdiri disamping sisi pasien yang lemah untuk memberikan rasa aman. Fisioterapis akan merekomendasikan alat bantu jalan yang sesuai dengan keadaan pasien (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

### 4) Gangguan berbicara dan gangguan berkomunikasi

Secara umum afasia terbagi dalam tiga jenis : afasia motorik, afasia sensorik dan afasia global. Pasien afasia motorik ditandai dengan ketidakmampuan pasien mengungkapkan kata-kata, tetapi pasien memahami apa yang dikatakan orang lain kepadanya. Pasien afasia sensorik tidak memahami pembicaraan orang lain, tetapi pasien dapat mengeluarkan kata-kata, akibatnya pasien afasia sensorik terlihat tidak nyambung kalau diajak bicara, oleh

karena otak tidak mampu menginterpretasikan pembicaraan orang lain meskipun pendengaran baik. Afasia global pasien tidak mampu pembicaraan orang lain dan tidak mampu mengungkapkan kata-kata secara verbal (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

Keluarga sebaiknya menggunakan kalimat verbal ketika melakukan kegiatan. Untuk membantu pasien memahami pembicaraan orang lain, usahakan berbicara perlahan, tenang, dengan intonasi suara normal, jangan berteriak. Salah satu upaya untuk mengatasi pasien frustrasi karena komunikasi dengan menyediakan papan komunikasi yang berisi simbol atau gambar kegiatan pasien. Untuk mempercepat pemulihan, pasien stroke afasia untuk berlatih dengan Terapis wicara secara teratur minimal 2 kali seminggu (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

#### 5) Gangguan menelan

Bila makan di tempat tidur, pasien didudukkan tegak 60-90 derajat. Ketika pasien menelan, anjurkan pasien untuk menekuk leher dan kepala untuk mempermudah menutupnya jalan nafas ketika pasien menelan dan memutar kepala (menengok) ke sisi yang lemah. Gunakan sendok kecil dan tempat makanan pada sisi yang sehat. Pastikan makanan tertelan semua sebelum memberikan suapan berikutnya. Pertahankan pasien tetap duduk tegak setengah jam setelah makan. Bersihkan gigi dan mulut sebelum dan setelah pasien makan untuk menghindari infeksi jamur dan gigi berlubang (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

Bila pasien masih terpasang selang/NGT, untuk waktu penggantian selang tergantung bahan selang, ada yang setiap 7 hari, 30 hari, 90 hari, 3 bulan. Kebutuhan kalori pasien stroke bervariasi tergantung pada usia dan jenis kelamin, berat badan, tingkat aktifitas, suhu tubuh dan penyakit yang menyertai. Laki-laki membutuhkan sekitar 2300-3100 kalori perhari, sedang perempuan membutuhkan sekitar 1700-2500 kalori per hari. Biasanya makan cair diberikan dalam 6 kali sehari yaitu pukul 06.00, 09.00, 12.00, 15.00, 18.00, 21.00. Pasien, pengasuh dan keluarga harus memahami bahwa pasien yang mengalami gangguan menelan, cairan lebih berbahaya dari makanan lunak. Peralihan pemberian makanan dari selang NGT ke oral harus rekomendasi Tim Stroke (Mulyatsih & Ahmad, 2015). Siapkan alas makan atau celemek yang dipasang di leher dan pangkuan pasien ketika akan disuapi atau mereka makan sendiri (Lingga, 2013).

#### 6) Gangguan penglihatan

Bila pasien mengalami gangguan lapang pandang, pada saat pasien makan letakkan nampan makanan pada sisi yang dapat dilihat oleh pasien. Orientasikan atau beritahukan pasien tempat dan barang yang ada disekitar pasien, terutama pada sisi yang tidak dapat dilihat oleh pasien. Untuk melatih penglihatan pasien, sebaiknya pengasuh atau keluarga menghampiri pasien dari sisi yang mengalami gangguan lapang pandang. Pada pasien yang tutup salah satu mata pasien menggunakan kain kasa secara bergantian setiap dua jam (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

#### 7) Gangguan buang air kecil

Sekitar 80% pasien pasca stroke mengalami inkontinensia urin. Tanda dan gejalanya antara lain pasien tidak dapat menahan berkemih, urin keluar tanpa disadari oleh pasien. Dan frekuensi berkemih yang meningkat. Bagi pasien afasia yang mengalami inkontinesia, keluarga dianjurkan menyediakan bel atau penanda lain yang mudah dijangkau oleh pasien. Untuk mengantisipasi agar tidak mengompol dapat ditawarkan berkemih secara teratur setiap 2 atau 3 jam atau sesuai dengan pola buang air kecil sebelumnya. Pasien laki-laki sebaiknya sediakan urinal yang mudah dijangkau. Pada pasien yang tidak mengalami gangguan fungsi luhur dan mampu bersikap kooperatif dapat berlatih *Kegel Exercise* (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

Pasien yang lumpuh di salah satu sisi tubuh dan bahkan bisa berjalan juga sering tidak merasakan sensasi ingin berkemih, akibatnya mengompol. Untuk pasien seperti ini, diapers adalah pilihannya. Selain diapers, tempat tidur dan kursi yang biasa mereka gunakan untuk duduk juga perlu dipasang perlak kedap air untuk menjaga agar tidak terkena ompol (Lingga, 2013).

#### 8) Gangguan buang air besar

Keluarga dapat membantu pasien agar tidak mengalami konstipasi dengan cara memotivasi pasien untuk bergerak aktif, mengkonsumsi makanan tinggi serat, minum minimal 2 liter per hari, dan membiasakan diri duduk di closet secara teratur setiap pagi. Pada beberapa pasien, dokter memberikan obat laxatif per oral atau rectal sesuai kondisi pasien (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

#### 9) Kesulitan mengenakan pakaian

Cara mengenakan kemeja: masukan terlebih dahulu lengan yang lemah ke dalam lengan kemeja, tarik lengan kemeja ke atas sampai bahu, putar kemeja ke lengan yang sehat dari belakang, masukkan tangan yang sehat ke lengan kemeja satunya.

Cara mengenakan celana : masukkan kaki yang lemah terlebih dahulu ke dalam celana, setelah itu masukkan kaki yang sehat ke dalam celana, jika keseimbangan berdiri pasien telah baik, celana langsung ditarik ke atas. Jika keseimbangan berdiri pasien belum baik, pasien berbaring terlebih dahulu, baru celana ditarik ke atas bergantian (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

#### 10) Gangguan memori

Keluarga dapat melatih daya ingat pasien dengan melihat foto album keluarga, teman, kerabat, atau gambar-gambar yang pernah dikenal pasien. Keluarga dapat me-reorientasikan pemahaman pasien terhadap tempat, waktu dan orang (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

#### 11) Perubahan kepribadian dan emosi

Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah melakukan kegiatan yang menyenangkan secara bersama-sama di luar rumah atau mengikutsertakan pasien pada acara keluarga atau kegiatan keagamaan, keluarga memberikan support mental dan selalu me-reorientasikan pada realita. Bila diperlukan dapat dilakukan konsultasi oleh psikolog atau diberikan obat anti depresan oleh dokter (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

#### 12) Gangguan seksual

Pasien pasca stroke dan pasangannya membutuhkan konsultasi seksual dari tim kesehatan yang kompeten. Seringkali pasien membutuhkan waktu untuk kembali mampu melakukan hubungan seksual akibat dampak dari stroke (Mulyatsih & Ahmad, 2015).

## **2. Konsep Pengetahuan**

### **a. Definisi Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil dari keingintahuan manusia dengan suatu subjek yang ingin diketahuinya. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Perilaku yang didasari pengetahuan, kesadaran dan sikap positif, akan bersifat langgeng. Sebaliknya apabila perilaku tidak didasari oleh pengetahuan dan kesadaran tidak akan berlangsung lama (Ssetiawan, 2016). Pengetahuan adalah informasi

yang telah dikombinasi dengan pemahaman dan potensi untuk menindaki, yang lantas melekat di benak seseorang (wikipedia, 2021)

## **b. Tingkatan Pengetahuan**

Bloom (1956) dalam Notoadmodjo (2018) membagi pengetahuan menjadi enam tingkatan yaitu :

### 1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai ingatanakan suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya atau mengingat kembali. Tahu merupakan tingkat paling rendah dalam pengetahuan. Ukuran bahwa seseorang tahu adalah dapat menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, dan menyatakan.

### 2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan dan menginterpretasikan objek atau materi tersebut secara benar. Seseorang yang paham terhadap objek atau materi dapat menjelaskan, memberikan contoh, dan menyimpulkan objek yang dipelajari.

### 3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi ini diartikan sebagai kemampuan penggunaan informasi yang telah dipelajari pada situasi nyata.

### 4) Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan untuk menguraikan objek ke dalam bagian-bagian kecil, tetapi masih dalam struktur objek sebelumnya dan saling berkaitan.

### 5) Sintesis (*synthesis*)

Sintesis adalah kemampuan untuk menghubungkan bagian-bagian dalam suatu bentuk yang baru atau kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada. Ukuran kemampuan adalah seseorang dapat menyusun, meringkas, merencanakan, dan menyesuaikan suatu teori atau rumusan yang ada.

### 6) Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi adalah kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu objek.

## **c. Sumber pengetahuan**

Menurut Setiawan (2016) sumber pengetahuan sebagai berikut :

- 1) Rasio, sebagai akal pikiran
- 2) Pengalaman/empiris. Pengetahuan manusia bersumber dari pengalaman yang konkrit.
- 3) Intuisi. Pengetahuan yang didapatkan tanpa melalui proses penalaran tertentu, seseorang yang sedang terpusat pikirannya pada sesuatu masalah tiba-tiba saja menemukan jawaban atas permasalahan tersebut.
- 4) Wahyu. Pengetahuan yang bersumber dari Tuhan melalui Hamba-Nya yang terpilih untuk menyampaikannya. Melalui wahyu manusia diajarkan tentang pengetahuan, baik yang terjangkau maupun yang tidak terjangkau manusia

**d. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan**

Faktor – faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Setiawan (2016) meliputi :  
intelengensi, emosi, kepercayaan, pengalaman pribadi, belajar, media massa.

1) Intelegensi

Adalah keseluruhan kemampuan individu berpikir dan bertindak secara terarah serta mengolah dan menguasai lingkungan secara efektif, intelegensi mengandung unsur pengetahuan atau rasio, yang banyak digunakan dalam suatu tindakan atau perilaku semakin berintelegensi perilaku tersebut.

2) Emosi

Emosi atau perasaan yang timbul disertai pekerjaan intellect dapat memperkuat dorongan pengetahuan individu.

3) Kepercayaan

Kepercayaan merupakan dasar pengetahuan seseorang mengenai apa yang diharapkan dari objek tertentu. Kepercayaan datang dari apa yang telah diketahui kemudian akan terbentuk dari ide atau suatu gagasan mengenai sifat atau karakteristik mengenai sifat atau objek.

4) Pengalaman pribadi

Sesuatu yang dialami, dirasakan, dapat membentuk pengetahuan seseorang. Pengalaman pribadi yang digeneralisasikan akan membentuk *stereotif* dan penghayatan seseorang.

5) Belajar mengumpulkan

Adalah menambah dan mengumpulkan sejumlah pengetahuan setiap kegiatan belajar diharapkan akan ada perubahan pada individu, seperti tidak tahu menjadi tahu.

6) Media massa

Sebagai sarana komunikasi mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan opini kepercayaan orang.

**e. Metode mendapatkan pengetahuan**

Metode mendapatkan pengetahuan menurut Setiawan (2016) sebagai berikut:

- 1) Metode Alternatif (*pre-scientifik*) : Orang mendapatkan pengetahuan dengan melihat realitas. Hasil dari metode ini adalah pengetahuan biasa (*knowledge*).
- 2) Metode Ilmiah (*scientific methods*) : Pengetahuan didapatkan dengan usaha secara bertahap dengan menggunakan logika yang rasional untuk mendapatkan hubungan sebab-akibat dari suatu realitas.
- 3) Metode Khusus (*non scientific methods*) : Metode ini khusus karena tidak semua orang bisa melakukan metode ini secara berulang.

**f. Karakteristik Individu yang kurang pengetahuan**

Karakteristik Individu yang kurang pengetahuan menurut Setiawan (2016) sebagai berikut:

- 1) Mengungkapkan Informasi yang tidak akurat
- 2) Adanya salah pengertian atau salah persepsi
- 3) Menanyakan kembali informasi yang telah diberikan, kemampuan menerima informasi lambat sehingga pertanyaan diulang-ulang.
- 4) Tidak terampil dalam mendemonstrasikan sesuatu

**g. Pengukuran pengetahuan**

Pengetahuan dapat diukur berdasarkan jenis penelitiannya apakah penelitian bersifat kualitatif atau kuantitatif. Penelitian kualitatif dilakukan dengan wawancara mendalam dan diskusi kelompok terfokus. Penelitian kuantitatif dilakukan dengan wawancara tertutup atau wawancara terbuka dengan menggunakan instrument (alat pengukur/pengumpul data) kuesioner sehingga responden hanya mengisi /memilih jawaban yang mereka anggap paling tepat/benar sesuai dengan pertanyaan yang diajukan (Sirait, 2018).

### **3. Konsep Keluarga**

**a. Definisi Keluarga**

Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan, atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain dan didalam perannya masing-masing menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Friedman, 2010). Keluarga merupakan unit terkecil dari

masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan ( Departemen Kesehatan RI, 2014). Keluarga adalah anggota rumah tangga yang saling berhubungan melalui pertalian darah,adopsi, atau perkawinan ( WHO, 2012).

#### **b. Peran Keluarga**

Berbagai peran yang terdapat dalam keluargamenurut Esti dan Johan (2020) adalah sebagai berikut:

- 1) Peran ayah : sebagai suami dari istri dan ayah dari anak-anaknya, berperan dari pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman sebagai kepala keluarga, anggota dari kelompok sosial serta dari anggota msyarakat dari lingkungannya.
- 2) Peran ibu : sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya. Ibu mempunyai peran mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu ibu juga berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarga.
- 3) Peran anak : anak-anak melaksanakan peran psikososisl sesuai dengan tingkat perkembangan fisik, mental, sosial,dan spiritual.

#### **c. Fungsi Keluarga**

Menurut Friedman dalam Esti dan Johan (2020) terdapat lima fungsi keluarga, yaitu :

- 1) Fungsi Afektif (*The Affective Function*) adalah fungsi keluar yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain
- 2) Fungsi Sosialisasi yaitu proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya.
- 3) Fungsi Reproduksi (*The Reproduction Function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- 4) Fungsi Ekonomi (*The Economic Function*) yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- 5) Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*The Health CareFunction*) adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi

## 4. Konsep Perilaku

### a. Definisi Perilaku Kesehatan

Perilaku merupakan seperangkat perbuatan atau tindakan seseorang dalam melakukan respon terhadap sesuatu dan kemudian dijadikan kebiasaan karena adanya nilai yang diyakini (Triwibowo, 2015). Perilaku adalah serangkaian tindakan yang dibuat oleh individu, organisme, sistem dalam hubungannya dengan dirinya sendiri atau lingkungan yang mencakup sistem atau organisme lain di sekitarnya serta lingkungan fisik (Wikipedia, 2021). Perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (*organisme*) terhadap stimulus dan objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, dan minuman, serta lingkungan (Muslimin, 2015).

### b. Klasifikasi Perilaku Kesehatan

Menurut Muslimin (2015), perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi tiga kelompok :

#### 1) Perilaku Pemeliharaan Kesehatan (*health maintance*)

Adalah perilaku atau usaha-usaha seseorang untuk memelihara dan menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit. Oleh sebab itu perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari 3 aspek.

- a) Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit.
- b) Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat.
- c) Perilaku gizi (makanan) dan minuman.

#### 2) Perilaku pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau sering disebut perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*)

#### 3) Perilaku kesehatan lingkungan

Adalah sebagaimana seseorang merespons lingkungan, baik lingkungan fisik maupun sosial budaya, dan sebagainya, sehingga lingkungan tersebut tidak mempengaruhi kesehatannya. Becker (2001) membuat klasifikasi lain tentang perilaku kesehatan, dan membedakannya menjadi tiga, yaitu (Notoatmodjo, 2005) :

#### a) Perilaku sehat (*healthy behavior*)

Sehat adalah suatu keadaan dan kualitas dari organ tubuh yang berfungsi secara wajar dengan segala faktor keturunan dan lingkungan yang dipunyainya (WHO 2007). Perilaku sehat adalah perilaku-perilaku atau kegiatan-kegiatan yang berkaitan

dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, antara lain (Notoatmodjo,2005) :

- (1) Makan dengan menu seimbang (*appropriate diet*).
- (2) Kegiatan fisik secara teratur dan cukup.
- (3) Tidak merokok dan meminum minuman keras serta menggunakan narkoba.
- (4) Istirahat yang cukup dan manajemen stres.
- (5) Perilaku atau gaya hidup positif yang lain untuk kesehatan.

b) Perilaku sakit (*Illnes behavior*)

Perilaku sakit adalah berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang yang sakit dan/atau terkena masalah kesehatan pada dirinya atau keluarganya, untuk mencari penyembuhan, atau untuk mengatasi masalah kesehatan yang lainnya.

c) Perilaku peran orang sakit (*the sick role behavior*)

Menurut Becker, hak dan kewajiban orang yang sedang sakit adalah merupakan perilaku peran sakit ini antara lain:

- (1) Tindakan untuk memperoleh kesembuhan.
- (2) Tindakan untuk mengenal atau mengetahui fasilitas kesehatan yang tepat untuk memperoleh kesembuhan.
- (3) Melakukan kewajibannya sebagai pasien antara lain mematuhi nasihat-nasihat dokter atau perawat untuk mempercepat kesembuhan.
- (4) Tidak melakukan sesuatu yang merugikan bagi proses penyembuhannya.
- (5) Melakukan kewajiban agar tidak kambuh penyakitnya, dan sebagainya.

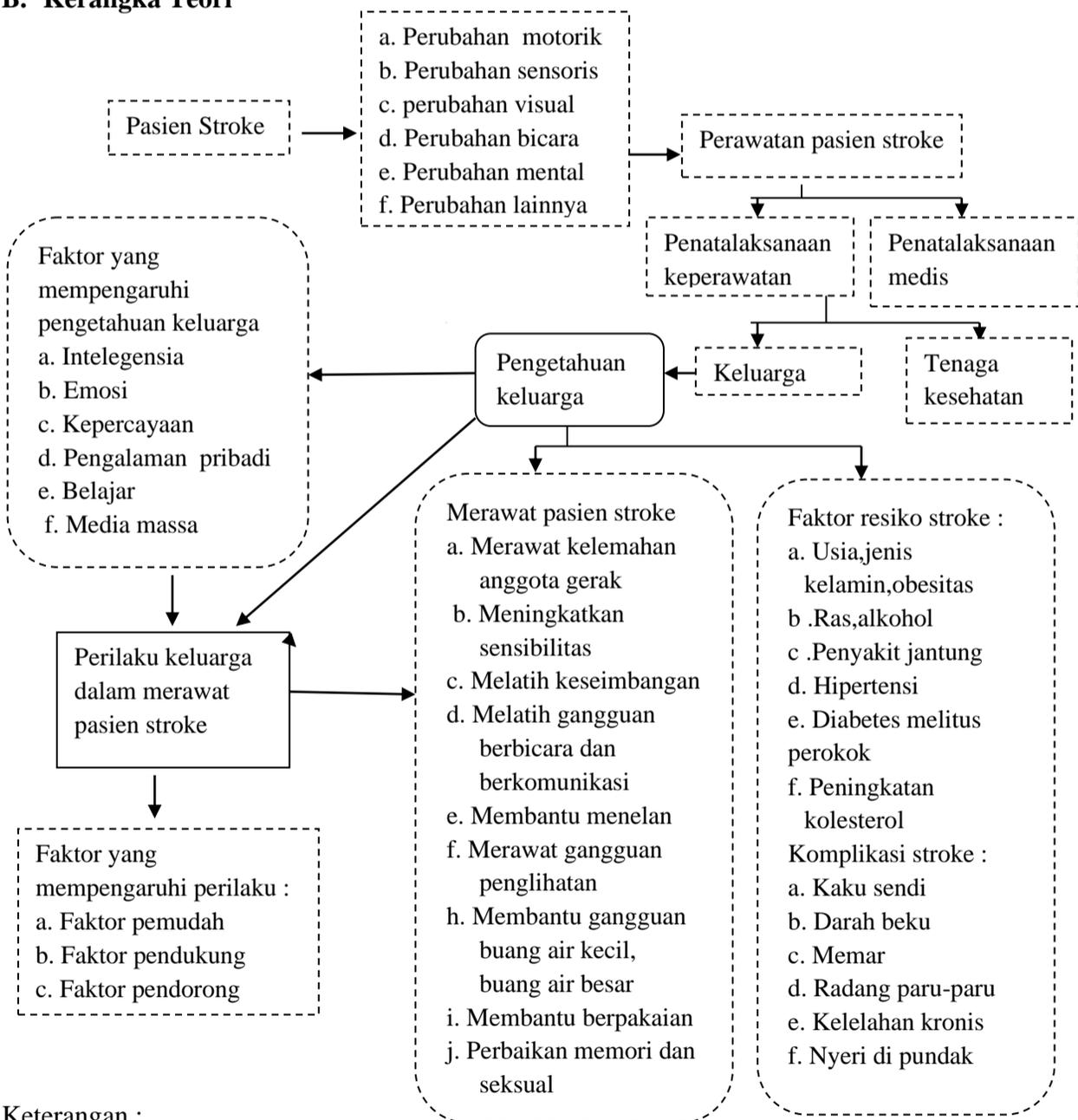
**c. Faktor yang mempengaruhi perilaku**

Menurut Green menurut Notoatmodjo (2005) dalam Muslimin (2015) ada tiga faktor yang berpengaruh terhadap perilaku kesehatan baik individu maupun masyarakat, yaitu :

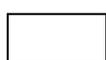
- 1) Faktor-faktor pemudah (*predisposing factor*), yaitu faktor-faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang. Adapun yang menjadi faktor pemudah dalam penelitian adalah pengetahuan, sikap, pekerjaan, pendidikan, penghasilan, budaya.
- 2) Faktor-faktor pendukung (*enabling factor*), adalah faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku atau tindakan yaitu sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku.

- 3) Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factor*), adalah faktor-faktor yang mendorong atau mempercepat terjadinya perilaku. Adapun yang mendorong dalam penelitian adalah perilaku petugas kesehatan / peran petugas kesehatan.

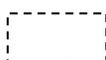
### B. Kerangka Teori



Keterangan :



: Diteliti

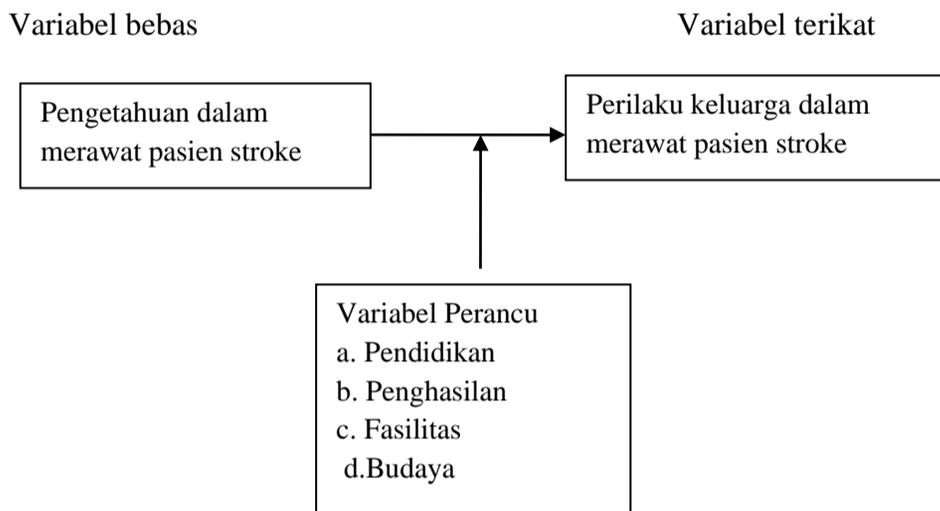


: Tidak diteliti

Gambar 2.2 Kerangka teori.

Sumber : Lingga (2013); Rianawati & Munir (2017); Muslimin (2019); Wiwit S (2010); Esti & Johan (2020); Black *et al* (2014).

### C. Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka konsep

### D. Hipotesis

Hipotesis adalah pernyataan awal peneliti mengenai hubungan antar variabel yang merupakan jawaban peneliti tentang kemungkinan hasil penelitian (Dharma, 2011).

**Ha** : Ada hubungan pengetahuan dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien stroke di Rumah Sakit Umum Islam Kustati Surakarta

**Ho** : Tidak ada hubungan pengetahuan dengan perilaku keluarga dalam merawat pasien stroke di Rumah Sakit Umum Islam Kustati Surakarta